



**Fall-Nr.:** IV 2018/116  
**Stelle:** Versicherungsgericht  
**Rubrik:** IV - Invalidenversicherung  
**Publikationsdatum:** 07.10.2020  
**Entscheiddatum:** 15.06.2020

### **Entscheid Versicherungsgericht, 15.06.2020**

**Art. 7, 8 und 16 ATSG. Art. 28 IVG. Eintreten auf Neuanmeldung ist zu Recht erfolgt. Würdigung von Arztberichten und der Arbeitsfähigkeitsschätzung des RAD. Im Zeitpunkt des potentiellen Rentenbeginns hat die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers derjenigen im Zeitpunkt der früheren, in Rechtskraft erwachsenen rentenabweisenden Verfügung entsprochen. Einkommensvergleich. Kein Anspruch auf eine Invalidenrente. Aufgrund einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit infolge einer (späteren) Schulteroperation Zusprache einer ganzen Invalidenrente, obwohl die medizinischen Eingliederungsmassnahmen nicht abgeschlossen gewesen sind. Einkommensvergleich (Praxis Versicherungsgericht St. Gallen gestützt auf Art. 54 Gerichtsgesetz; Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 15. Juni 2020, IV 2018/116).**

#### **Entscheid vom 15. Juni 2020**

Besetzung

Präsident Ralph Jöhl, Versicherungsrichterinnen Monika Gehrler-Hug und Karin Huber-Studerus; Gerichtsschreiberin Viviane Kull

Geschäftsnr.

IV 2018/116

Parteien

**A.\_\_\_\_,**

**Beschwerdeführer,**



## St.Galler Gerichte

vertreten durch Rechtsanwalt Dr. iur. Severin Bischof, Degginger Bischof Zlabinger,  
St. Leonhard-Strasse 20, Postfach 123, 9001 St. Gallen,

gegen

**IV-Stelle des Kantons St. Gallen**, Postfach 368, 9016 St. Gallen,

**Beschwerdegegnerin,**

Gegenstand

**Rente**

**Sachverhalt**

**A.**

**A.a.** A.\_\_\_\_ meldete sich im November 2004 wegen Kniebeschwerden erstmals zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung (Arbeitsvermittlung) an (IV-act. 1). Er gab an, in seinem Heimatland sechs Jahre die Primarschule besucht zu haben; einen Beruf habe er nicht erlernt. Seit 1987 sei er als Bauarbeiter tätig. Die B.\_\_\_\_ GmbH teilte am 6. Dezember 2004 mit (IV-act. 13), der Versicherte sei als Bauarbeiter der Lohnklasse B beschäftigt worden. Gemäss einem Austrittsbericht der I.\_\_\_\_ vom 7. Dezember 2004 (IV-act. 16) hatte der Versicherte am 15. Oktober 2003 bei einem Sturz eine Distorsion und eine Kontusion des linken Knies erlitten. Anschliessend hatte ein Reizknie bei einer Varusgonarthrose und einer femoropatellären Arthrose bestanden. Am rechten Knie hatte eine beginnende Gonarthrose vorgelegen. Der Versicherte war als Bauarbeiter zu 100% arbeitsunfähig gewesen. Die IV-Stelle wies das Begehren um berufliche Eingliederungsmassnahmen am 7. Februar 2005 ab (IV-act. 27). Zur Begründung gab sie an, die bisherige Tätigkeit als Bauarbeiter sei dem Versicherten aus gesundheitlichen Gründen nicht mehr zumutbar. In einer adaptierten Tätigkeit bestehe eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit. Der Versicherte machte in einer Einsprache unter anderem geltend, die Auswirkungen einer koronaren Herzkrankheit seien nicht berücksichtigt worden. Der RAD-Arzt Dr. med. C.\_\_\_\_ befand am 1. Juni 2005 gestützt auf einen kardiologischen Bericht vom 4. Mai 2005, die



## St.Galler Gerichte

Herzfunktion sei praktisch normal (IV-act. 40-4, 41). Eine dagegen eingereichte Einsprache wurde von der IV-Stelle am 28. Juni 2005 formell rechtskräftig abgewiesen (IV-act. 46).

**A.b.** Der Versicherte meldete sich im Juni 2009 erneut zum Bezug von IV-Leistungen an (IV-act. 57). Er wies darauf hin, dass er neben den Kniebeschwerden beidseits und neben der Herzkrankheit an Beschwerden an der linken Schulter leide. Dr. med. D.\_\_\_\_, Spezialarzt Orthopädische Chirurgie FMH, Sportmedizin (SGSM), erstattete am 14. Januar 2010 ein orthopädisches Gutachten (IV-act. 104). Er gab folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit an: Impingement der linken Schulter bei hypertropher Acromioclaviculargelenksarthrose und Acromionsporn mit inkompletter Supraspinatussehnenruptur und glenohumeraler Chondropathie, bilaterale hypertrophe Spondylarthrosen und Ligamenta-flava-Hypertrophien L3-5 mit kleinvolumigen Facettengelenksergüssen und breitbasige mediane sowie rezessal beidseits betonte Diskushernie L5/S1 mit geringer Dorsalverlagerung der Nervenwurzel S1 beidseits ohne Nervenwurzelkompression sowie bilaterale moderate Ileosakralgelenksarthrose, bicompartimentale Gonarthrose mit fortgeschrittener Chondropathie des lateralen Kompartiments und medialer und lateraler Meniskusläsion bei Nullachse links und St. n. lateraler Teilmeniskektomie 05/04, bicompartimentale Gonarthrose bei reduziertem femorotibialen Alignment und St. n. lateraler Teilmeniskektomie rechts 12/00, Adipositas. Dr. D.\_\_\_\_ attestierte in der angestammten Tätigkeit als Hilfsarbeiter im Baugewerbe eine 80%ige Arbeitsunfähigkeit. Er gab an, in körperlich leichten Tätigkeiten in temperierten Räumen, die abwechslungsweise sitzend und stehend ausgeübt werden könnten, ohne dass dabei häufig inklinierte und reklinierte sowie rotierte Körperhaltungen oder kniende Positionen eingenommen und Gegenstände über fünf Kilogramm gehoben oder getragen werden müssten und die nicht mit häufigen Arbeiten über der Horizontalen verbunden seien und bei denen nicht regelmässig auf unebenem Boden sowie Treppen und Leitern gelaufen werden müsse, bestehe bei einer vollen Stundenpräsenz eine 80%ige Arbeitsfähigkeit. Ob die koronare Herzkrankheit mit St. n. Myokardinfarkt 11/97 einen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit habe, könne er als Orthopäde nicht beurteilen. Nach der Durchführung eines Vorbescheidverfahrens wies die IV-Stelle mit einer Verfügung vom 17. Juni 2010 das Begehren um eine Invalidenrente bei einem IV-Grad von 24% ab (IV-act. 118). In



## St.Galler Gerichte

medizinischer Hinsicht stützte sie sich auf das Gutachten von Dr. D.\_\_\_\_. Als Valideneinkommen gab sie das zuletzt erzielte und der Teuerung angepasste Einkommen von Fr. 53'575.-- und als Invalideneinkommen den Zentralwert des Einkommens für einen Hilfsarbeiter gemäss der Lohnstrukturerhebung des Bundesamts für Statistik, reduziert um 20% aufgrund des Arbeitsunfähigkeitsgrades und um einen "Leidensabzug" von 10%, von Fr. 40'503.-- an. Das Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen wies eine dagegen eingereichte Beschwerde am 15. März 2012 ab (IV 2010/275, IV-act. 128). Zur Begründung führte es im Wesentlichen an, die von Dr. D.\_\_\_\_ ermittelte Arbeitsunfähigkeit von 20% erlaube es dem Versicherten, sich auch in einer adaptierten Tätigkeit noch zusätzlich zu schonen. Damit könne auch allfälligen Beschwerden seitens der koronaren Herzkrankheit begegnet werden. Die IV-Stelle habe der Ermittlung des zumutbaren Invalideneinkommens somit zu Recht einen Arbeitsfähigkeitsgrad von 80% zugrunde gelegt. Beim Valideneinkommen sei auf den Mindestlohn eines Bauarbeiters der Lohnklasse B des am 14. April 2008 abgeschlossenen Landesmantelsvertrags 2008-2010, der gemäss einer entsprechenden Zusatzvereinbarung für das Jahr 2010 um 1% erhöht worden sei, also auf Fr. 59'194.--, abzustellen. Das Invalideneinkommen entspreche dem statistischen Zentralwert des Einkommens für einen Hilfsarbeiter und betrage nach einer Parallelisierung bis auf 5% zum Valideneinkommen und nach einer Reduktion von 20% entsprechend dem Arbeitsunfähigkeitsgrad sowie einem weiteren Abzug von 10% Fr. 44'730.--. Der IV-Grad belaufe sich damit auf 24%. Der Entscheid erwuchs unangefochten in Rechtskraft (zum vollständigen Sachverhalt siehe IV 2010/275).

### **B.**

**B.a.** Im Juni 2016 meldete sich der Versicherte wiederum zum Bezug von IV-Leistungen an (IV-act. 131). Er gab an, er leide an Rücken- und Kniebeschwerden. Deshalb sei er seit Oktober 2015 bei Dr. med. E.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Innere Medizin, in Behandlung. Am 4. Juli 2016 gingen bei der IV-Stelle mehrere Arztberichte ein: Dr. E.\_\_\_\_ hatte am 30. Juni 2016 berichtet, der Versicherte leide an einer hypertensiven und koronaren Herzkrankheit, an einer Polyarthrose, an einer chronisch rezidivierenden Lumboischialgie und an einer chronisch venösen Insuffizienz beidseits (für ausführliche Diagnosen, teilweise unvollständig ausgedruckt, siehe IV-act. 136). Gemäss einem



Austrittsbericht der Klinik für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates des Kantonsspitals St. Gallen vom 14. Juni 2016 (IV-act. 135) war der Versicherte am 1. und 2. Juni 2016 an der Wirbelsäule operiert worden (TLIF L5/6 von rechts, dorsale Spondylodese L5/6, Dekompression L5/6 over the top nach links und L4/5 links am 1. Juni 2016, Revision mit Hämatomevakuuation L5/6 rechts am 2. Juni 2016). Die Fachärzte hatten eine degenerative Spondylolisthese L5/6 bei lumbalisiertem 1. Sacralwirbel und konsekutiver Spinalkanalstenose L5/6 und eine recessale Kompression der Radix L5 rechts mehr als links diagnostiziert. Sie hatten festgehalten, der Versicherte leide seit mehreren Monaten unter Lumboischialgien. Eine Facettengelenksinfiltration und eine epidurale Infiltration L5/6 hätten nur zu einer kurzzeitigen Besserung geführt. Der Eingriff am 1. Juni 2016 sei komplikationslos verlaufen. Am 2. Juni 2016 habe sich eine progrediente Hypästhesie im Dermatome L5 rechts sowie eine Fussheberschwäche rechts bei M3 gezeigt. Somit sei die Notfallindikation zur Revisionsoperation gestellt worden. Am 27. Mai 2016 hatten Fachärzte der Klinik K.\_\_\_\_ mitgeteilt (IV-act. 137), sie hätten den Versicherten am 19. Mai 2016 präoperativ kardiologisch untersucht. Subjektiv sei der Versicherte im Alltag beschwerdefrei gewesen, nur bei grösseren Belastungen sei es zu einer AP CCS I und einer Dyspnoe NYHA I gekommen. Klinisch habe sich der Versicherte kardiopulmonal kompensiert präsentiert. Echokardiographisch habe sich im Vergleich zum Vorbefund eine stabile Situation gezeigt. Die Laufbandergometrie sei subjektiv und formal elektrisch unauffällig verlaufen. Es habe sich eine leicht verminderte chronotrope Kompetenz unter der Betablockertherapie gezeigt. Mit 8,2 MET's (124% Soll) habe eine sehr gute Leistungsfähigkeit bestanden. Der Abbruch sei zum Ende des Laufbandprotokolls wegen Schmerzen in der linken Hüfte erfolgt. Die Fachärzte hatten eine im Oktober 2014 gestellte Diagnose einer diffusen 3-Gefässerkrankung (ohne Intervention) aufgeführt. Am 11. April 2016 hatten Fachärzte der Klinik J.\_\_\_\_, Standort F.\_\_\_\_, berichtet (IV-act. 138), dem Versicherten sei am 9. März 2016 bei einer symptomatischen medial betonten Pagonarthrose des linken Kniegelenks eine Kniegelenktotalarthroplastik implantiert worden. Der postoperative Verlauf sei regelhaft gewesen. Der Versicherte habe eine vollständige Extension erreicht; der Verlauf zur Erreichung einer adäquaten Flexion sei jedoch stark verzögert gewesen. Die RAD-Ärztin Dr. med. G.\_\_\_\_ notierte am 6. Juli 2016 (IV-act. 142), gestützt auf die vorliegenden Berichte sei ein Gesundheitsschaden ausgewiesen. Der Beginn der



## St.Galler Gerichte

Arbeitsunfähigkeit sei unklar; mindestens seit der Knie-Operation vom 9. März 2016 sei der Versicherte arbeitsunfähig. Aufgrund der Rückenoperation vom 1. Juni 2016 sei der Gesundheitszustand derzeit instabil. Gleichentags teilte die IV-Stelle dem Versicherten mit (IV-act. 144), dass zurzeit keine beruflichen Massnahmen möglich seien.

**B.b.** Der Hausarzt Dr. E.\_\_\_\_ berichtete am 20. September 2016 (IV-act. 145), beim Versicherten seien folgende Diagnosen erhoben worden: Hypertensive und koronare Herzkrankheit (inferoposteriorer Myokardinfarkt 11/1997, Koronarangiographie 1/1998: leichte diffuse Veränderungen, Echo 2/2009: LV-Hypertrophie, EF 50%, Koro 10/2014: Diffuse 3-Gefässerkrankung, RCX Endast verschlossen, RIVA/RCX schwer verkalkt, keine Intervention, kvRF: arterielle Hypertonie, Dyslipidämie, Übergewicht), Polyarthrose (Gonarthrose links – Knie-TEP links 3/2016, Gonarthrose rechts – MRI 3/2012: Femoropatellararthrose, Chondropathie med. Kompartiment, PHS links – MRI 1/2010: Acromionsporn und hypertrophe AC-Gelenksarthrose), chronisch rezidivierende Lumboischialgie (MRI 12/2015: Hypertrophe Spondylarthrose L4-S1, Spinalkanalstenose L4/5, Kompression Nervenwurzel L5 rechts, ev. auch links, 5/2016: TLIF L5/6 von rechts, dorsale Spondylodese L5/6, Dekompression L5/6 rechts over the top nach links und L4/5 links) und chronisch venöse Insuffizienz beidseits (St. n. Varikophlebitis linker Oberschenkel 1/2010). Er kenne den Versicherten seit dem Jahr 2010. Seither habe dieser nicht mehr gearbeitet. Eine Arbeitsunfähigkeit habe er nicht bescheinigt. Dr. E.\_\_\_\_ reichte verschiedene Arztberichte ein: Am 30. Juni 2016 hatten Fachärzte der Klinik J.\_\_\_\_, Standort F.\_\_\_\_, berichtet (IV-act. 145-6), der Versicherte habe sich sechzehn Wochen nach der Operation des linken Kniegelenks bei einem hinkfreien, kleinschrittigen Gangbild an zwei Stöcken mit einem sehr guten Ergebnis präsentiert. Die Röntgenaufnahme habe eine unverändert gute Stellung der Knie totalarthroplastik abgebildet. Der Versicherte habe berichtet, dass er in der Physiotherapie gut Velofahren könne und vom Knie her schmerzfrei sei. Seit einer Rückenoperation habe er kein Gefühl mehr an der Beinaussenseite, weshalb er an Stöcken mobil sei. Am 31. August 2016 hatte Dr. med. H.\_\_\_\_, Oberarzt an der Klinik J.\_\_\_\_, mitgeteilt (IV-act. 145-4), drei Monate nach der Rücken-Operation habe ein leichtgradiges Duchenne-Hinken rechts bestanden. Das Trendelenburg-Zeichen habe sich im Vergleich zu den Vorbefunden deutlich vermindert. Die Fussheberparese rechts sei weiterhin bei M4/5. Die Grosszehenparese rechts habe sich deutlich auf M4/5



verbessert. Die RAD-Ärztin Dr. G.\_\_\_\_ notierte am 5. Oktober 2016 (IV-act. 147), medizinisch-theoretisch bestehe bei einer geschätzten Arbeitsfähigkeit von 50% ein Eingliederungspotential bei der Einhaltung der folgenden Adaptionskriterien: Körperlich leichte Tätigkeit in temperierten Räumen, wechselnd sitzend und stehend, ohne inklinierte, reklinierte oder rotierte Körperhaltungen, ohne Knien, Heben und Tragen bis fünf Kilogramm, keine häufigen Arbeiten über der Horizontalen und kein Begehen von unebenem Gelände und von Treppen und Leitern.

**B.c.** Am 28. November 2016 fand ein Assessment-Gespräch statt. Der Versicherte gab an (IV-act. 154), eine Wiederaufnahme einer beruflichen Tätigkeit komme für ihn nicht in Frage. Bei seinem Gesuch handle es sich um einen Rentenantrag. Die IV-Stelle teilte dem Versicherten am 12. Dezember 2016 mit (IV-act. 157), das Begehren um berufliche Massnahmen werde abgewiesen, da er sich aus gesundheitlichen Gründen nicht in der Lage fühle, an Eingliederungsmassnahmen mitzuwirken.

**B.d.** Dr. H.\_\_\_\_ berichtete am 9. Januar 2017 (IV-act. 160), der Versicherte leide aktuell an keinen Rückenschmerzen mehr. Das Gangbild habe sich bei einer initialen Glutealinsuffizienz und Trendelenburg-Zeichen ebenfalls deutlich gebessert. Der Versicherte benötige keine Stöcke mehr. Hypästhesien über den lateralen Oberschenkel reichend persistierten. Bezüglich der Wirbelsäule seien keine weiteren Massnahmen indiziert. Dr. E.\_\_\_\_ führte am 31. März 2017 aus (IV-act. 161), der Gesundheitszustand des Versicherten sei stationär. Trotz der Operationen am Knie und am Rücken leide dieser an persistierenden Schmerzen. Er legte unter anderem zwei Berichte der Klinik J.\_\_\_\_ bei. Am 21. Juli 2016 hatten die Fachärzte folgende Befunde erhoben (IV-act. 161-9): Duchenne-Hinken rechts, positives Trendelenburg-Zeichen, Fussheberparese M4/5 und Grosszehenheberparese L2 rechts. Am 29. November 2016 hatte Dr. H.\_\_\_\_ angegeben (IV-act. 161-5), das Gangbild des Versicherten sei normal und der Zehenspitzen- und Fersengang sei demonstrierbar gewesen. Das Trendelenburg-Zeichen sei nicht ersichtlich gewesen. Die diffuse Parese habe sich komplett erholt. Es habe sich eine fragliche Grossheberparese rechts bei Digitus II superductus gezeigt. Der Versicherte habe keine Stöcke mehr benötigt.

**B.e.** Am 7. Juni 2017 erstattete Dr. H.\_\_\_\_ einen weiteren Bericht (IV-act. 163). Er führte aus, das Gangbild sei normal; der Versicherte könne den Zehenspitzen- und



Fersengang problemlos demonstrieren. Der Versicherte könne auch mit beiden Beinen auf einen umgedrehten Mülleimer steigen. Das Trendelenburg-Zeichen sei negativ. Es zeige sich eine leichtgradige Grosszehenheberparese rechts bei Dig. II superductus; diese sei nicht konklusiv beurteilbar. Im Vergleich zur präoperativen Situation zeige der Versicherte eine deutliche Besserung, insbesondere die rechtsseitigen Beinschmerzen seien komplett sistiert. Der Versicherte berichte über leichtgradige persistierende Rückenschmerzen. Die Dysästhesien seien, insbesondere aufgrund der Sprachbarriere, nicht konklusiv beurteilbar. Nach mehrmaligem Nachfragen zeige sich aber eine deutliche Besserung. Mit persistierenden Restbeschwerden sei zu rechnen. Am 17. Juli 2017 gab Dr. H.\_\_\_\_ auf eine entsprechende Anfrage der IV-Stelle an (IV-act. 165), in Bezug auf die Wirbelsäule könne er den von Dr. D.\_\_\_\_ im Gutachten vom 14. Januar 2010 gemachten Aussagen beipflichten. Seither habe sich somit nichts wesentlich und anhaltend verändert. Zu den weiteren Gelenken könne er keine Stellung nehmen. Die RAD-Ärztin Dr. G.\_\_\_\_ notierte am 9. August 2017 (IV-act. 166), gestützt auf die vorliegenden Arztberichte könne eine vorübergehende Verschlechterung des Gesundheitszustands des Versicherten bestätigt werden. Im Zeitraum vom 9. März 2016 bis mindestens zur orthopädischen Kontrolle vom 29. November 2016 habe eine vollständige Arbeitsunfähigkeit vorgelegen. Seither könne wieder auf die gutachterliche Einschätzung (von Dr. D.\_\_\_\_) abgestellt werden.

**B.f.** Mit einem Vorbescheid vom 31. August 2017 teilte die IV-Stelle dem Versicherten mit (IV-act 168), sie sehe vor, das Begehren um eine Invalidenrente bei einem IV-Grad von 24% abzuweisen. Zur Begründung gab sie an, der Gesundheitszustand habe sich ab dem 9. März 2016 vorübergehend verschlechtert. Nach einer Stabilisierung habe mindestens ab dem 29. November 2016 in adaptierten Tätigkeiten wieder eine 80%ige Arbeitsfähigkeit vorgelegen. Somit bestehe kein Anspruch auf eine Invalidenrente. Beim Valideneinkommen stütze sie sich auf das zuletzt erzielte und der Nominallohnentwicklung bis zum Jahr 2015 angepasste Einkommen von Fr. 56'231.-- und beim Invalideneinkommen auf den statistischen Zentralwert des Einkommens für einen Hilfsarbeiter gemäss der Lohnstrukturerhebung des Bundesamts für Statistik für das Jahr 2015, reduziert um einen Abzug von 20% aufgrund der Arbeitsunfähigkeit sowie um einen weiteren Abzug von 10%, also von Fr. 42'511.--. Der Versicherte erhob am 19. Oktober 2017 dagegen einen Einwand (IV-act. 173). Er beantragte die



Zusprache einer ganzen Rente ab dem 1. Januar 2017; eventualiter seien weitere medizinische Abklärungen vorzunehmen, insbesondere sei ein polydisziplinäres Gutachten in Auftrag zu geben. Zur Begründung führte er an, der Vorbescheid stütze sich offensichtlich auf die RAD-Stellungnahme vom 9. August 2017. Der RAD wiederum stütze sich einzig auf die Aussagen von Dr. H.\_\_\_\_. Dieser habe jedoch ausschliesslich die Wirbelsäule untersucht. Er (der Versicherte) leide an weiteren gesundheitlichen Einschränkungen. Insbesondere machten ihm die starken Knieschmerzen zu schaffen. Er leide beidseits an einer Gonarthrose. Während beim linken Knie aufgrund der Operation im März 2016 eine Verbesserung eingetreten sei, hätten sich die Schmerzen im rechten Knie verschlimmert. Infolge einer Periarthritis humeroscapularis verursache das linke Schultergelenk Schmerzen und er sei in der Beweglichkeit eingeschränkt. Im August 2017 habe er sich an der rechten Schulter operieren lassen müssen. Im Weiteren sei neu eine koronare Dreifässerkrankung diagnostiziert worden. Er leide also an chronischen Rückenschmerzen, an einer sehr unangenehmen und störenden Gefühllosigkeit in beiden Beinen, an starken Schmerzen im rechten und leichten Schmerzen im linken Knie, an Schmerzen in beiden Schultergelenken und an Herzproblemen. Er reichte einen provisorischen Austrittsbericht der Klinik J.\_\_\_\_ vom 30. August 2017 ein (IV-act. 173-4). Demnach war der Versicherte am 28. August 2017 einer Rotatorenmanschetten-Rekonstruktion rechts unterzogen worden. Ein Facharzt hatte eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bis zum 11. Oktober 2017 attestiert. Die RAD-Ärztin Dr. G.\_\_\_\_ notierte am 13. November 2017 (IV-act. 174), gestützt auf die im Bericht von Dr. H.\_\_\_\_ vom 7. Juni 2017 festgehaltenen Befunde lasse sich kein wesentlicher Funktionsausfall der beiden Beine/Knie mehr begründen. Die Schulterproblematik rechts sei anlässlich der letzten Würdigung des medizinischen Sachverhalts nicht bekannt gewesen.

**B.g.** Am 12. Januar 2018 gingen bei der IV-Stelle mehrere Arztberichte ein. Gemäss einem Bericht der Klinik J.\_\_\_\_ vom 7. Juli 2017 (IV-act. 175-2) hatte der Versicherte in der Untersuchung vom Vortag über rechtsseitige Schulterschmerzen, bestehend seit ca. sechs Monaten, berichtet. Der Versicherte hatte angegeben, ein Trauma sei nicht erinnerlich. Im Februar 2017 habe der Hausarzt Dr. E.\_\_\_\_ eine subacromiale Infiltration durchgeführt, woraufhin er (der Versicherte) ca. eine Woche beschwerdefrei gewesen sei. Die Fachärzte hatten angegeben, die Schulterschmerzen seien in der klinischen



Untersuchung unklar geblieben. Am 18. Juli 2017 hatten die Fachärzte derselben Klinik berichtet (IV-act. 175-5), ein MRI der rechten Schulter vom 13. Juli 2017 habe eine Ruptur der Supraspinatussehne mit einer mittelschweren medialen Sehnenretraktion, eine Ablösung der Subscapularissehne am Tuberculum minus, eine partielle Ruptur der Infrapinatussehne und eine Bicepstendinopathie ergeben. Am 1. September 2017 hatten die Fachärzte den Austrittsbericht erstellt (IV-act. 175-11). Dieser entsprach im Wesentlichen dem provisorischen Austrittsbericht vom 30. August 2017 (IV-act. 173-4). Am 19. Oktober 2017 hatten die Fachärzte mitgeteilt (IV-act. 175-6), sieben Wochen nach der Operation habe sich ein sehr erfreuliches Resultat gezeigt. Passiv habe eine annähernd seitengleiche Beweglichkeit des rechten Schultergelenks mit einer glenohumeralen Abduktion und Anteversion von knapp 90° bestanden. Eine aktive Abduktion sei bereits über die Horizontale möglich gewesen. Am 12. Dezember 2017 hatten die Fachärzte angegeben (IV-act. 175-8), drei Monate nach der Operation habe ein regelrechter Verlauf mit guter Beweglichkeit und geringen Schmerzen bestanden. Die HWS sei frei und indolent, die Schulter silhouette sei symmetrisch und die Kraft sei in allen Ebenen regelrecht gewesen. Im Detail hatten sie angegeben: Beweglichkeit aktiv global: Abduktion 120°, Anteversion 130°; Innen- und Aussenrotation: Gluteal-0-15°; passiv glenohumeral: Abduktion 70°, Anteversion 80°; Aussenrotation 15°. Die RAD-Ärztin G. \_\_\_ hielt am 16. Januar 2018 fest (IV-act. 176), aufgrund der detaillierten Befunde in diesen Berichten, vor allem in jenem vom 12. Dezember 2017, könne davon ausgegangen werden, dass kein relevanter Funktionsausfall in der rechten Schulter mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit mehr bestehe und dass die im Gutachten von Dr. D. \_\_\_ festgehaltene qualitative Einschränkung der Arbeitsfähigkeit wieder gelte, nämlich nur Tätigkeiten bis zur Horizontalen. Somit könne eine Verschlechterung des Gesundheitszustands ab dem 6. Juli 2017 mit einer Arbeitsunfähigkeit ab dem 28. August 2017 bis zum 12. Dezember 2017 bestätigt werden. Seither gelte wieder dieselbe Einschätzung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit wie anlässlich der RAD-Stellungnahme vom 9. August 2017.

**B.h.** Mit einer Verfügung vom 12. Februar 2018 wies die IV-Stelle, entsprechend dem Vorbescheid, das Begehren um eine Rente bei einem IV-Grad von 24% ab (IV-act. 178). Zum Einwand hielt sie fest, sie habe weitere Abklärungen getätigt und dem RAD zur Stellungnahme vorgelegt. Am Entscheid sei festzuhalten.



### C.

**C.a.** Am 19. März 2018 erhob der Versicherte (nachfolgend: Beschwerdeführer) eine Beschwerde gegen die Verfügung vom 12. Februar 2018 (act. G 1). Er beantragte die Aufhebung der Verfügung und die Zusprache einer Invalidenrente ab dem 1. Januar 2017. Eventualiter sei ein polydisziplinäres Gutachten in Auftrag zu geben. Ergänzend zu den Einwänden im Vorbescheidverfahren machte der Beschwerdeführer geltend, der RAD stütze sich zur Beurteilung des aktuellen Gesundheitszustands bzw. der Arbeitsfähigkeit im Wesentlichen auf das Gutachten von Dr. D.\_\_\_\_ aus dem Jahr 2010, dies aufgrund des Verweises von Dr. H.\_\_\_\_ am 17. Juli 2017. Dr. H.\_\_\_\_ habe nie eine konkrete Aussage zur Arbeitsfähigkeit gemacht. Selbst wenn man annähme, Dr. H.\_\_\_\_ habe auch in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit auf das Gutachten von Dr. D.\_\_\_\_ verweisen wollen, so könnte dies auch nur in Bezug auf die Wirbelsäule geschehen sein. Zu bemängeln wäre dann, dass die offenbar durch die Rückenoperation ausgelöste und als sehr störend empfundene Gefühllosigkeit in den Beinen nicht berücksichtigt worden sei. Hinzu komme, dass zwischen ihm und Dr. H.\_\_\_\_ Kommunikationsprobleme bestanden hätten. Im Bericht vom 9. Januar 2017 habe Dr. H.\_\_\_\_ festgehalten, er (der Beschwerdeführer) leide aktuell an keinen Rückenschmerzen. Dies treffe klar nicht zu. Er sei seit den Rückenoperationen nie schmerzfrei gewesen. Am 7. Juni 2017 habe Dr. H.\_\_\_\_ denn auch festgehalten, er (der Beschwerdeführer) berichte über persistierende Rückenschmerzen; die Dysästhesien seien nicht konklusiv beurteilbar, "insbesondere erschwert durch die Sprachbarriere". Der RAD habe eine Beurteilung der Arbeitsfähigkeit aufgrund der vorhandenen Akten vorgenommen. Dies genüge nicht, da lediglich Behandlerberichte zur rechten Schulter und zur Wirbelsäule vorlägen, jedoch keine Arbeitsfähigkeitsschätzung eines behandelnden Arztes. Aktuelle Berichte zur linken Schulter und den Knien fehlten gänzlich. Die IV-Stelle (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) habe also den Gesundheitszustand nicht vollständig und die Arbeitsfähigkeit gar nicht abgeklärt. Selbst wenn – wie die Beschwerdegegnerin annehme – eine zumutbare Arbeitsfähigkeit von 80% in einer adaptierten Tätigkeit vorliegen würde, was bestritten werde, wäre die verbliebene Restarbeitsfähigkeit aufgrund seines fortgeschrittenen Alters sowie seinen persönlichen und beruflichen Gegebenheiten auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt realistischerweise nicht mehr nachgefragt, weshalb nicht von einer wirtschaftlich verwertbaren Resterwerbsfähigkeit



## St.Galler Gerichte

auszugehen sei. Hinzu komme, dass eine adaptierte Tätigkeit, wie die Beschwerdegegnerin sie vorsehe, auf dem Arbeitsmarkt praktisch nicht existiere, schon gar nicht für einen Mann ohne Ausbildung und lediglich mittelmässigen Deutschkenntnissen.

**C.b.** Die Beschwerdegegnerin beantragte am 23. Mai 2018 die Abweisung der Beschwerde (act. G 4). Zur Begründung führte sie im Wesentlichen aus, auf die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit durch einen RAD-Arzt könne dann nicht abgestellt werden, wenn uneinheitliche Einschätzungen der Arbeitsfähigkeit vorlägen und auf eine ergänzende versicherungsexterne Abklärung verzichtet worden sei. Bei einer solchen Ausgangslage sei ein Gutachten einzuholen (Urteil des Bundesgerichts vom 27. September 2016, 8C\_452/2016, E. 4), was vorliegend jedoch nicht der Fall sei. Dr. H. \_\_\_ und der RAD seien sich einig, dass bezüglich der Befunde der Wirbelsäule keine wesentliche Veränderung seit der Einschätzung durch Dr. D. \_\_\_ erfolgt sei. Bezüglich der weiteren geltend gemachten Leiden sei auf die RAD-Stellungnahme vom 13. November 2017 zu verweisen. Auch bezüglich der rechten Schulter habe der RAD aufgrund der in den Berichten detailliert beschriebenen Befunde einen relevanten Funktionsausfall mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ausschliessen können. Diesbezüglich sei darauf hinzuweisen, dass die Arbeitsfähigkeit eines Versicherten aufgrund von objektiven Faktoren, namentlich gestützt auf sorgfältig erhobene Befunde und festgestellte objektivierbare Funktionsausfälle, zu bestimmen sei. Geltend gemachte Schmerzen bzw. Einschränkungen dürften nur insofern in die Beurteilung einbezogen werden, als diese durch entsprechende Befunde hinreichend erklärbar seien. Der Beschwerdeführer wisse seit der abweisenden Verfügung vom 7. Februar 2005 von seiner verwertbaren Restarbeitsfähigkeit. Damals sei er \_\_\_ Jahre alt gewesen und es sei ihm durchaus möglich gewesen, seine Restarbeitsfähigkeit zu verwerten. Geeignete Tätigkeiten seien etwa leichtere Maschinenbedienungs-, Kontroll-, Sortier-, Prüf- sowie Verpackungsarbeiten sowie leichtere Arbeiten bei der Lager- und Ersatzteilmaintenance. Die geltend gemachten Sprachprobleme und die tiefe berufliche Qualifikation seien für solche Tätigkeiten kein Hindernis, weil für Hilfsarbeiter nur sehr beschränkte Deutschkenntnisse vorausgesetzt würden.

**C.c.** Der Beschwerdeführer machte in der Replik vom 22. Juni 2018 ergänzend geltend (act. G 6), der RAD habe lediglich von einzelnen postoperativen Berichten, die einen



guten Heilungsverlauf bescheinigten, auf die Arbeitsfähigkeit geschlossen. Dieser habe sämtliche Beschwerden und Einschränkungen isoliert und ohne Rücksicht auf allfällige Wechselwirkungen betrachtet. Die effektive Arbeitsfähigkeit sei gar nie abgeklärt worden. Die von der Beschwerdegegnerin vorgeschlagenen Tätigkeiten seien nicht geeignet, da die Arbeitsplätze in der Regel so eingerichtet seien, dass die Arbeiten im Stehen, seltener im Sitzen, jedoch praktisch nie abwechslungsweise sitzend und stehend ausgeübt werden könnten.

**C.d.** Die Beschwerdegegnerin verzichtete am 18. Juli 2018 auf eine Duplik (act. G 8).

### Erwägungen

#### 1.

Der Beschwerdeführer hat sich im November 2004 erstmals zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung (Arbeitsvermittlung) angemeldet. Mit einem Einspracheentscheid vom 28. Juni 2005 ist das Gesuch von der Beschwerdegegnerin formell rechtskräftig abgewiesen worden. Im Juni 2009 hat er sich wieder zum Leistungsbezug angemeldet. Mit einer Verfügung vom 17. Juni 2010 hat die Beschwerdegegnerin das Rentengesuch abgewiesen. Das Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen hat mit einem Entscheid vom 15. März 2012 die dagegen eingereichte Beschwerde abgewiesen. Dieser Entscheid ist unanfechtbar in Rechtskraft erwachsen. Im Juni 2016 hat sich der Beschwerdeführer erneut zum Leistungsbezug angemeldet. Gemäss Art. 87 Abs. 2 und 3 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV, SR 831.201) wird eine Anmeldung, die nach einer rechtskräftigen Leistungsverweigerung eingereicht wird, nur geprüft, wenn darin glaubhaft gemacht wird, dass sich der Grad der Invalidität in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat. In dem der Verfügung vom 17. Juni 2010 und dem Entscheid des Versicherungsgerichts vom 15. März 2012 zugrundeliegenden orthopädischen Gutachten vom 14. Januar 2010 (IV-act. 104) hatte Dr. D.\_\_\_\_ dem Beschwerdeführer in einer adaptierten Tätigkeit aufgrund von Beschwerden in beiden Knien, an der Wirbelsäule und in der linken Schulter eine 80%ige Arbeitsfähigkeit mit dem folgenden Anforderungsprofil attestiert: Körperlich leichte Tätigkeit in temperierten Räumen, die abwechslungsweise sitzend und stehend ausgeübt werden kann, ohne dass dabei häufig inklinierte und reklinierte sowie rotierte Körperhaltungen oder kniende Positionen eingenommen und Gegenstände über fünf Kilogramm gehoben oder getragen werden müssen, die nicht mit häufigen Arbeiten über der Horizontalen verbunden sind und bei denen nicht regelmässig auf unebenem Boden sowie Treppen



und Leitern gelaufen werden muss. Nach der Neuanmeldung vom Juni 2016 haben der Beschwerdegegnerin am 4. Juli 2016 verschiedene Arztberichte vorgelegen. Diesen ist zu entnehmen, dass dem Beschwerdeführer am 9. März 2016 links eine Knie-totalarthroplastik implantiert worden war (Austrittsbericht des J.\_\_\_\_ vom 11. April 2016, IV-act. 138). Am 1. und 2. Juni 2016 war er an der Wirbelsäule operiert worden (Austrittsbericht des J.\_\_\_\_ vom 14. Juni 2016, IV-act.135). Fachärzte der Klinik K.\_\_\_\_ hatten im Bericht vom 27. Mai 2016 ausserdem eine im Oktober 2014 gestellte Diagnose einer diffusen 3-Gefässerkrankung aufgeführt (IV-act. 137). Die RAD-Ärztin Dr. G.\_\_\_\_ hat am 6. Juli 2016 notiert (IV-act. 142), bei einem unkomplizierten Heilverlauf der Operation am Rücken sei mit einer mindestens dreimonatigen postoperativen Heilphase zu rechnen. Sie hat eine vollständige Arbeitsunfähigkeit seit dem Eingriff am linken Knie am 9. März 2016 bis mindestens Anfang September 2016 attestiert. Der Beschwerdeführer hat gestützt auf die beiden Austrittsberichte also glaubhaft gemacht, dass sich sein Gesundheitszustand infolge der Operationen am linken Knie und an der Wirbelsäule zumindest vorübergehend wesentlich verschlechtert hat. Wie lange dieser Zustand angedauert hat und ob die Arbeitsfähigkeit nach Abschluss der medizinischen Eingliederung wieder jener im Zeitpunkt der rentenabweisenden Verfügung vom 17. Juni 2010 entsprochen hat, ist im Rahmen des Verwaltungsverfahrens durch die Beschwerdegegnerin abzuklären gewesen. Ob die im Oktober 2014 diagnostizierte diffuse 3-Gefässerkrankung eine Verschlechterung des Gesundheitszustands mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit hat glaubhaft machen können, kann unter diesen Umständen offengelassen werden. Die Beschwerdegegnerin ist somit zu Recht auf die Neuanmeldung des Beschwerdeführers eingetreten.

## 2.

**2.1.** Die Beschwerdegegnerin hat mit der angefochtenen Verfügung vom 12. Februar 2018 einen Rentenanspruch des Beschwerdeführers bei einem IV-Grad von 24% verneint. Strittig ist somit, ob der Beschwerdeführer Anspruch auf eine Invalidenrente hat.

**2.2.** Einen Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung haben Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, erhalten oder verbessern können, während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40% arbeitsunfähig gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40% invalid sind (Art. 28 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, IVG, SR 831.20). Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des



Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG, SR 830.1). Erwerbsunfähigkeit ist der durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG).

**2.3.** Gemäss Art. 28a Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 16 ATSG ist die Invalidität grundsätzlich durch einen Einkommensvergleich zu ermitteln. Dabei wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (zumutbares Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Einkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen).

### **3.**

**3.1.** Um das zumutbare Invalideneinkommen ermitteln zu können, muss der verbliebene Arbeitsfähigkeitsgrad des Beschwerdeführers mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit feststehen. Zu prüfen ist somit als Erstes, ob im massgebenden Zeitraum eine Arbeitsunfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt ist. Hierfür ist es nicht zwingend erforderlich, den Gesundheitszustand des Beschwerdeführers und die verbliebene Arbeitsfähigkeit im Rahmen einer medizinischen Begutachtung abklären zu lassen. Sind aufgrund der in den Berichten der behandelnden Ärzte festgehaltenen objektiven Befunde die Einschränkungen in der funktionellen Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt und ist die gestützt darauf vom RAD attestierte Arbeitsunfähigkeit überzeugend, besteht kein Anlass für eine medizinische Begutachtung. Der Beschwerdeführer hat geltend gemacht, er leide an Beschwerden in beiden Knien, an der Wirbelsäule und in beiden Schultergelenken. Zudem habe er eine Gefühllosigkeit in beiden Beinen sowie Herzprobleme. Im Folgenden ist zu prüfen, ob die vom Beschwerdeführer angeführten Beschwerden anhand von objektiven Befunden nachgewiesen werden können, welche Funktionsausfälle daraus resultieren und ob diese Funktionsausfälle Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit haben.

**3.2.** Der Beschwerdeführer ist am 9. März 2016 am linken Knie operiert worden (Implantation einer Knie totalarthroplastik). Im Austrittsbericht vom 11. April 2016 haben die Fachärzte der Klinik J.\_\_\_\_, Standort F.\_\_\_\_, angegeben (IV-act. 138), der postoperative Verlauf sei regelhaft gewesen. Der Beschwerdeführer habe eine



vollständige Extension erreicht; der Verlauf zur Erreichung einer adäquaten Flexion sei jedoch stark verzögert gewesen. Am 19. Mai 2016 hat der Beschwerdeführer im Rahmen einer im Hinblick auf die Operation an der Wirbelsäule durchgeführten kardiologischen Abklärung eine Laufband-Ergometrie absolviert und dabei eine sehr gute Leistungsfähigkeit gezeigt (IV-act. 137-2). Der Abbruch ist zum Ende des Laufbandprotokolls wegen Schmerzen in der linken Hüfte erfolgt. Dies weist darauf hin, dass sich der Zustand des linken Knies bereits stark verbessert hat. Gemäss einem Bericht der Fachärzte der Klinik J.\_\_\_\_ vom 30. Juni 2016 (IV-act. 145-6) hat sich der Beschwerdeführer sechzehn Wochen nach der Operation mit einem sehr guten Ergebnis präsentiert. Der Beschwerdeführer hat berichtet, dass er in der Physiotherapie gut Velofahren könne und vom Knie her schmerzfrei sei. Seit einer Rückenoperation habe er kein Gefühl mehr an der Beinaussenseite, weshalb er an Stöcken mobil sei. Die Fachärzte haben festgehalten, der Beschwerdeführer zeige ein hinkfreies, kleinschrittiges Gangbild an zwei Gehstöcken. Die Röntgenaufnahme hat zudem eine unverändert gute Stellung der Kniegelenktotalarthroplastik abgebildet. Dem Bericht von Dr. H.\_\_\_\_ vom 29. November 2016 (IV-act. 161-5) betreffend eine Verlaufskontrolle nach der Operation an der Wirbelsäule ist zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer ein normales Gangbild gezeigt hat und den Zehenspitzen- und den Fersengang hat demonstrieren können. Gehstöcke hat er nicht mehr benötigt. Diese Befunde hat Dr. H.\_\_\_\_ am 7. Juni 2017 im Wesentlichen bestätigt (IV-act. 163). Zusätzlich hat Dr. H.\_\_\_\_ angegeben, der Beschwerdeführer könne mit beiden Beinen auf einen umgedrehten Mülleimer steigen. Zusammenfassend liegen objektive Befunde vor, die den Beschwerdeführer nach der Knie-Operation vom 9. März 2016 in seiner funktionellen Leistungsfähigkeit eingeschränkt haben. Aber spätestens seit dem 29. November 2016 hat er sich von den Folgen der Operation so gut erholt gehabt, dass er wieder normal gehen können. Dr. D.\_\_\_\_ hatte im orthopädischen Gutachten vom 14. Januar 2010 angegeben (IV-act. 104-5), im Barfussgang habe ein leichtes Schonhinken links bestanden und der Zehen- und Fersengang sei beidseits nicht möglich gewesen. Er hatte in Bezug auf das linke Knie eine bicompartimentale Gonarthrose mit fortgeschrittener Chondropathie des lateralen Kompartiments und medialer und lateraler Meniskusläsion bei Nullachse und St. n. lateraler Teilmeniskektomie 05/04 und in Bezug auf das rechte Knie eine bicompartimentale Gonarthrose bei reduziertem femorotibialen Alignment und St. n. lateraler Teilmeniskektomie 12/00 diagnostiziert. Im Vergleich dazu hat sich der Gesundheitszustand in Bezug auf das linke Knie durch die Operation verbessert. In Bezug auf das rechte Knie bestehen in den medizinischen Berichten keine Anhaltspunkte dafür, dass sich der Zustand objektiv verschlechtert hätte. Für die Beschwerdegegnerin hat damit – entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers –



kein Anlass bestanden, diesbezüglich Abklärungen zu tätigen. Selbst wenn sich der Zustand des rechten Knies objektiv verschlechtert hätte, würde dieser überwiegend wahrscheinlich nach wie vor zu dem von Dr. D.\_\_\_\_ formulierten Anforderungsprofil einer adaptierten Tätigkeit, nämlich eine körperlich leichte Tätigkeit in temperierten Räumen, die abwechslungsweise sitzend und stehend ausgeübt werden kann, ohne dass dabei häufig inklinierte und reklinierte sowie rotierte Körperhaltungen oder kniende Positionen eingenommen und Gegenstände über fünf Kilogramm gehoben oder getragen werden müssen und die nicht mit häufigen Arbeiten über der Horizontalen verbunden sind und bei denen nicht regelmässig auf unebenem Boden sowie Treppen und Leitern gelaufen werden muss, passen. Im damaligen Zeitpunkt sind die Beschwerden am linken Knie nämlich stärker gewesen als jene am rechten Knie (IV-act. 104-4). Falls sich nun die Beschwerden am rechten Knie tatsächlich verstärkt haben sollten, wird diesen mit den genannten Kriterien für eine adaptierte Tätigkeit ausreichend Rechnung getragen. Damit ist es überwiegend wahrscheinlich, dass sich der Zustand des linken Knies ab dem 9. März 2016 verschlechtert hat; ab dem 29. November 2016 hat der Zustand wieder mindestens jenem gemäss dem Gutachten von Dr. D.\_\_\_\_ entsprochen. Abklärungen dazu, ob sich der Zustand des rechten Knies objektiv verschlechtert hat, sind nicht erforderlich gewesen.

**3.3.** Am 1. und 2. Juni 2016 ist der Beschwerdeführer an der Wirbelsäule operiert worden, nachdem eine Facettengelenksinfiltration und eine epidurale Infiltration L5/6 nur zu einer kurzzeitigen Besserung der damals seit mehreren Monaten bestehenden Lumboischialgien geführt hatten (IV-act. 135). Den Berichten der Klinik J.\_\_\_\_ ist ein positiver Heilungsverlauf zu entnehmen: Am 21. Juli 2016 haben deren Fachärzte angegeben (IV-act. 161-9), sie hätten ein deutliches Duchenne-Hinken rechts, ein positives Trendelenburg-Zeichen, eine Fussheberparese M4/5 und eine Grosszehenheberparese L2 rechts beobachtet. Am 31. August 2016 hat Dr. H.\_\_\_\_ ausgeführt (IV-act. 145-4), es bestehe noch ein leichtgradiges Duchenne-Hinken rechts. Das Trendelenburg-Zeichen sei deutlich vermindert. Die Fussheberparese rechts liege weiterhin bei M4/5; die Grosszehenparese rechts habe sich deutlich verbessert auf M4/5. Am 29. November 2016 hat Dr. H.\_\_\_\_ berichtet (IV-act. 161-5), der Versicherte zeige ein normales Gangbild und er könne den Zehenspitzen- und Fersengang demonstrieren. Das Trendelenburg-Zeichen sei nicht ersichtlich. Die diffuse Parese habe sich komplett erholt. Es zeige sich eine fragliche Grossheberparese rechts bei Digitus II superductus. Der Beschwerdeführer benötige keine Stöcke mehr. Am 7. Juni 2017 hat Dr. H.\_\_\_\_ diese Angaben im Wesentlichen bestätigt (IV-act. 163). Zusätzlich hat er angegeben, der Beschwerdeführer könne mit beiden Beinen auf einen umgedrehten Mülleimer steigen. Im Vergleich zur



präoperativen Situation sei eine deutliche Besserung eingetreten. Damit steht fest, dass der Beschwerdeführer nach den Operationen an der Wirbelsäule vom 1. und 2. Juni 2016 in seiner funktionellen Leistungsfähigkeit eingeschränkt gewesen ist. Spätestens seit dem 29. November 2016 hat er sich von den Folgen der Operationen aber so gut erholt gehabt, dass er wieder normal hat gehen können. Dr. D.\_\_\_\_ hatte im Gutachten vom 14. Januar 2010 angegeben, der Beschwerdeführer leide an lumbalen Schmerzen (IV-act. 104-7). Der Beschwerdeführer hat also bereits damals an Rückenbeschwerden gelitten. Dr. H.\_\_\_\_ hat am 17. Juli 2017 ausdrücklich festgehalten (IV-act. 165), dass er den von Dr. D.\_\_\_\_ gemachten Aussagen in Bezug auf die Beschwerden an der Wirbelsäule beipflichte. Damit ist mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt, dass die funktionelle Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers auch infolge der Operationen vom 1. und 2. Juni 2016 eingeschränkt gewesen ist, aber spätestens ab dem 29. November 2016 wieder jener entsprochen hat, die im Gutachten von Dr. D.\_\_\_\_ beschrieben worden ist. Wenn der Beschwerdeführer also geltend macht, er leide nach wie vor an Rückenschmerzen, ist festzustellen, dass solche bereits im Zeitpunkt der Verfügung vom 17. Juni 2010 bestanden haben und dass sie bei der damaligen Einschätzung der verbliebenen Arbeitsfähigkeit in adaptierten Tätigkeiten berücksichtigt worden sind. Die vom Beschwerdeführer vorgebrachten Gefühlsstörungen in den Beinen mögen des Weiteren zwar unangenehm und störend sein, vermögen aber in Anbetracht des normalen Gangbildes von Vornherein keine Arbeitsunfähigkeit zu begründen, zumal sie nicht auf objektiven Befunden beruhen. Dr. H.\_\_\_\_ hat am 7. Juni 2017 nämlich angegeben (IV-act. 163), die Dysästhesien seien nicht konklusiv beurteilbar gewesen. Nach mehrmaligem Nachfragen habe sich aber eine deutliche Besserung im Vergleich zur präoperativen Situation gezeigt. Bereits Dr. D.\_\_\_\_ hatte festgehalten (IV-act. 104-7), die in der Untersuchung angegebene Hyposensibilität des linken Beins könne nicht nachvollzogen werden, da im MRI proximal des Segments L5/S1 keine Tangierung der Nervenwurzeln beschrieben worden sei. Eine rein auf den subjektiven Angaben des Beschwerdeführers beruhende Gesundheitsbeeinträchtigung ist nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit belegt und vermag deshalb keine Arbeitsunfähigkeit zu bewirken.

**3.4.** Am 28. August 2017 ist der Beschwerdeführer an der rechten Schulter operiert worden (Rotatorenmanschetten-Rekonstruktion, IV-act. 175-10). Gemäss seinen Angaben anlässlich einer Untersuchung in der Klinik J.\_\_\_\_ vom 6. Juli 2017 (IV-act. 175-2) hat der Beschwerdeführer damals seit rund sechs Monaten an rechtsseitigen Schulterschmerzen gelitten. Nach einer vom Hausarzt Dr. E.\_\_\_\_ im Februar 2017 durchgeführten subacromialen Infiltration ist der Beschwerdeführer nur



während ca. einer Woche beschwerdefrei gewesen. In den Berichten vom 19. Oktober 2017 und vom 12. Dezember 2017 haben die Fachärzte der Klinik J.\_\_\_\_ einen positiven Heilungsverlauf beschrieben. Am 19. Oktober 2017 haben sie angegeben (IV-act. 175-6), die Schulter sei reizlos mit unauffälligen Narbenverhältnissen. Passiv bestehe eine annähernd seitengleiche Beweglichkeit des rechten Schultergelenks mit einer glenohumeralen Abduktion und Anteversion von knapp 90°. Die aktive Abduktion sei bereits über die Horizontale möglich. Am 12. Dezember 2017 haben sie berichtet (IV-act. 175-8), drei Monate nach der Operation bestehe ein regelrechter Verlauf mit einer guten Beweglichkeit und geringen Schmerzen. Die HWS sei frei und indolent, die Schultersilhouette sei symmetrisch und die Kraft sei in allen Ebenen regelrecht. Sie haben zudem detaillierte Angaben zur Beweglichkeit der rechten Schulter gemacht. Die RAD-Ärztin Dr. G.\_\_\_\_ hat am 16. Januar 2018 notiert (IV-act. 176), aufgrund der detaillierten Befunde in diesen Berichten könne davon ausgegangen werden, dass kein relevanter Funktionsausfall in der rechten Schulter mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit mehr bestehe und dass die im Gutachten von Dr. D.\_\_\_\_ festgehaltene qualitative Einschränkung der Arbeitsfähigkeit wieder gelte, nämlich nur Tätigkeiten bis zur Horizontalen. Diese Einschätzung überzeugt, denn der Beschwerdeführer hat bereits im Zeitpunkt der Begutachtung durch Dr. D.\_\_\_\_ an Schulterbeschwerden gelitten, damals aber an der linken Schulter (IV-act. 104-7). Damit ist mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt, dass sich der Zustand der rechten Schulter spätestens seit dem 6. Juli 2017 (Datum der ersten Konsultation im J.\_\_\_\_) verschlechtert hat und dass die funktionelle Leistungsfähigkeit ab der Operation vom 28. August 2017 eingeschränkt gewesen ist. Aber spätestens ab dem 12. Dezember 2017 ist der Gesundheitszustand wieder soweit verbessert gewesen, dass die funktionelle Leistungsfähigkeit wieder jener im Gutachten von Dr. D.\_\_\_\_ entsprochen hat. Der Beschwerdeführer hat geltend gemacht, in Bezug auf die linke Schulter fehle ein aktueller Bericht. Er hat jedoch nicht behauptet, und es bestehen in den medizinischen Berichten auch keine Anhaltspunkte dafür, dass sich die Beschwerden verstärkt hätten. Damit ist es nicht nötig gewesen, einen aktuellen Bericht einzuholen.

**3.5.** Arbeitsfähigkeitsschätzungen von behandelnden Ärzten liegen, mit Ausnahme einer attestierten vollständigen Arbeitsunfähigkeit vom 30. August 2017 bis zum 11. Oktober 2017 infolge der Operation an der rechten Schulter (IV-act. 175-10), nicht vor. Die RAD-Ärztin Dr. G.\_\_\_\_ hat dem Beschwerdeführer eine vollständige Arbeitsunfähigkeit vom 9. März 2016 bis zum 29. November 2016 und vom 28. August 2017 bis zum 12. Dezember 2017 attestiert. Sie hat angegeben, für die Zeit nach dem 29. November 2016 (bis zum 27. August 2017) und nach dem 12. Dezember 2017



könne wieder auf die Arbeitsfähigkeitsschätzung im Gutachten von Dr. D.\_\_\_\_ abgestellt werden. Diese Arbeitsfähigkeitsschätzung ist angesichts der in den Arztberichten festgehaltenen objektiven Befunde und der gestützt darauf mit überwiegender Wahrscheinlichkeit bestehenden Einschränkungen der funktionellen Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers (vgl. E. 4.2 bis 4.4) überzeugend. Dass die Schmerzen an der rechten Schulter bereits vor dem 28. August 2017 so stark gewesen wären, dass eine höhere Arbeitsunfähigkeit als jene gemäss dem Gutachten von Dr. D.\_\_\_\_ bestanden hätte, wird vom Beschwerdeführer nicht geltend gemacht. Die Beschwerdegegnerin hat zudem in antizipierender Beweiswürdigung davon ausgehen dürfen, dass eine Rückfrage bei der Klinik J.\_\_\_\_ und beim Hausarzt Dr. E.\_\_\_\_ zu keinen neuen Erkenntnissen in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in einer adaptierten Tätigkeit geführt hätte, denn nach der Auffassung des Bundesgerichts ist der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass die behandelnden Ärzte aufgrund ihrer auftragsrechtlichen Vertrauensstellung im Zweifel eher zugunsten ihrer Patienten auszusagen pflegen und dazu neigen, die pessimistischen Beschwerdeschilderungen ihrer Patienten als objektiv ausgewiesen zu qualifizieren (vgl. etwa BGE 125 V 353, E. 3b.cc). Damit ist mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt, dass der Beschwerdeführer vom 9. März 2016 bis zum 29. November 2016 und vom 28. August 2017 bis zum 12. Dezember 2017 in adaptierten Tätigkeiten vollständig arbeitsunfähig gewesen ist. Vom 30. November 2016 bis zum 27. August 2017 und vom 13. Dezember 2017 bis zum 12. Februar 2018 hat seine Arbeitsfähigkeit wieder jener gemäss dem Gutachten von Dr. D.\_\_\_\_ entsprochen. Er ist also in körperlich leichten Tätigkeiten in temperierten Räumen, die abwechslungsweise sitzend und stehend ausgeübt werden können, ohne dass dabei häufig inklinierte und reklinierte sowie rotierte Körperhaltungen oder kniende Positionen eingenommen und Gegenstände über fünf Kilogramm gehoben oder getragen werden müssen und die nicht mit häufigen Arbeiten über der Horizontalen verbunden sind und bei denen nicht regelmässig auf unebenem Boden sowie Treppen und Leitern gelaufen werden muss, zu 80% arbeitsfähig gewesen. Ob die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers aufgrund der Beschwerden am linken Knie und an der Wirbelsäule bereits vor dem 9. März 2016 stärker eingeschränkt gewesen ist, ist irrelevant, denn das Wartejahr gemäss Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG ist mit der seit dem Jahr 2004 durchgehend bestehenden, mindestens 80%igen Arbeitsunfähigkeit als Bauarbeiter offensichtlich erfüllt gewesen.

**3.6.** Der Beschwerdeführer hat geltend gemacht, er leide auch an Herzproblemen. Dazu ist festzuhalten, dass der Beschwerdeführer bereits im Zeitpunkt des Erlasses der Verfügung vom 17. Juni 2010 an einer koronaren Herzkrankheit gelitten hat. Das



Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen hat im Entscheid vom 15. März 2012 festgehalten, es sei überwiegend wahrscheinlich, dass der Beschwerdeführer durch die koronare Herzkrankheit in einer adaptierten Tätigkeit nicht in seiner Arbeitsfähigkeit eingeschränkt sei. Im Übrigen erlaube die von Dr. D. \_\_\_ attestierte 20%ige Arbeitsunfähigkeit es dem Beschwerdeführer, sich zusätzlich zu schonen; damit könne auch allfälligen Beschwerden seitens der koronaren Herzkrankheit begegnet werden (IV 2010/275, E. 1.1.2 und 1.1.6). Nach der Verfügung vom 17. Juni 2010 ist im Oktober 2014 neu eine diffuse 3-Gefässerkrankung diagnostiziert worden (IV-act. 137). Eine Intervention hat nicht stattgefunden. Diese Diagnose hat mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in einer adaptierten Tätigkeit, denn der Beschwerdeführer hat am 19. Mai 2016 im Rahmen einer kardiologischen Beurteilung eine Laufband-Ergometrie absolviert. Die dabei demonstrierte Leistungsfähigkeit ist sehr gut gewesen (124% Soll). Auch die Echokardiographie hat im Vergleich zum Vorbefund eine stabile Situation gezeigt. Selbst wenn die diffuse 3-Gefässerkrankung eine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit hätte, wäre dieser durch die Möglichkeit zur zusätzlichen Schonung bei einer 20%igen Arbeitsunfähigkeit ausreichend Rechnung getragen.

#### 4.

**4.1.** Nachdem die verbliebene Arbeitsfähigkeit in adaptierten Tätigkeiten mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit feststeht, ist zu prüfen, ob der Beschwerdeführer einen Anspruch auf eine Invalidenrente hat. Diese Prüfung ist zeitlich gestaffelt vorzunehmen: Der Beschwerdeführer hat sich im Juni 2016 erneut zum Leistungsbezug angemeldet. Unter Berücksichtigung der sechsmonatigen Frist gemäss Art. 29 Abs. 1 IVG ist der potentielle Rentenbeginn somit am 1. Dezember 2016 gewesen. Die Arbeitsfähigkeit in adaptierten Tätigkeiten hat in diesem Zeitpunkt – gleich wie im Zeitpunkt der Verfügung vom 17. Juni 2010 – 80% betragen. Vom 28. August 2017 bis zum 12. Dezember 2017 ist der Beschwerdeführer vollständig arbeitsunfähig und ab dem 13. Dezember 2017 ist er wieder zu 80% arbeitsfähig gewesen. Ein Rentenanspruch ist somit für diese Phasen einzeln zu prüfen. Festzustellen bleibt, dass die vollständige Arbeitsunfähigkeit vom 9. März 2016 bis zum 29. November 2016 in den Zeitraum vor dem potentiellen Rentenbeginn gefallen ist und demnach zum Vornherein keinen Rentenanspruch begründen kann.

**4.2.** Vom 1. Dezember 2016 bis zum 27. August 2017 hat die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers jener gemäss dem Gutachten von Dr. D. \_\_\_ entsprochen, d.h. sie hat 80% betragen. Der Gesundheitszustand ist also längere Zeit stabil gewesen. Die Bestimmung des Invaliditätsgrads erfolgt deshalb für diese Phase regulär aufgrund



eines Einkommensvergleichs gemäss Art. 28a Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 16 ATSG. Der Beschwerdeführer hat keinen Beruf erlernt und ist vor dem Eintritt des Gesundheitsschadens als ungelernter Bauarbeiter tätig gewesen (Bauarbeiter der Lohnklasse B, IV-act. 13). Gemäss Art. 41 des Landesmantelvertrags für das schweizerische Bauhauptgewerbe hat der Mindestlohn eines Bauarbeiters der Lohnklasse B Zone Blau im Jahr 2016 Fr. 4'978.-- pro Monat betragen. Bei dreizehn Monatslöhnen (vgl. IV-act. 13) ergibt dies ein Jahreseinkommen von Fr. 64'714.--. Demgegenüber hat ein durchschnittlicher Hilfsarbeiterlohn im Jahr 2016 Fr. 66'803.-- betragen (statistischer Zentralwert des Einkommens für einen Hilfsarbeiter gemäss der Lohnstrukturerhebung des Bundesamts für Statistik, vgl. Anhang 2 der IV-Ausgabe der Informationsstelle AHV/IV, Ausgabe 2019). Der Umstand, dass das Einkommen Bauarbeiter B tiefer ist als das durchschnittliche Hilfsarbeitereinkommen über alle Branchen hinweg, muss auf die Zwänge des invalidenversicherungsrechtlich nicht massgebenden tatsächlichen Arbeitsmarkts zurückzuführen sein, denn der Beschwerdeführer hätte überwiegend wahrscheinlich eine besser bezahlte Stelle in irgendeiner Branche, bei der er einen durchschnittlichen Hilfsarbeiterlohn hätte erzielen können, angenommen, wenn sich ihm die Gelegenheit dazu geboten hätte. In den Akten finden sich zudem keine Anhaltspunkte dafür, dass er vor dem Eintritt der Gesundheitsbeeinträchtigung nur unterdurchschnittlich leistungsfähig gewesen wäre. Damit ist von einer Erwerbsfähigkeit auszugehen, die jener eines durchschnittlichen Hilfsarbeiters entspricht. Das Valideneinkommen entspricht somit dem statistischen Zentralwert der Hilfsarbeiterlöhne, also Fr. 66'803.--. In Bezug auf die Bemessung des zumutbarerweise erzielbaren Invalideneinkommens ist massgebend, dass dem Beschwerdeführer aufgrund der fehlenden Berufsausbildung einzig eine Invalidenkarriere als Hilfsarbeiter offensteht. Praxisgemäss ist ebenfalls auf den statistischen Zentralwert des Einkommens eines Hilfsarbeiters abzustellen, also auf Fr. 66'803.--. Dieser ist entsprechend dem Arbeitsunfähigkeitsgrad um 20% zu reduzieren. Dem Beschwerdeführer sind nur noch körperlich leichte Tätigkeiten in temperierten Räumen, die abwechslungsweise sitzend und stehend ausgeübt werden können, ohne dass dabei häufig inklinierte und reklinierte sowie rotierte Körperhaltungen oder kniende Positionen eingenommen und Gegenstände über fünf Kilogramm gehoben oder getragen werden müssen und die nicht mit häufigen Arbeiten über der Horizontalen verbunden sind und bei denen nicht regelmässig auf unebenem Boden sowie Treppen und Leitern gelaufen werden muss, zumutbar. Aus der Sicht eines betriebswirtschaftlich-ökonomisch handelnden Arbeitgebers ist der Wert der Arbeitsleistung des Beschwerdeführers im Vergleich zu einem gesunden, zu 80% beschäftigten Hilfsarbeiter vermindert, da die qualitativen Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit zu einer Einschränkung der Flexibilität, zu einer Verlangsamung bei der



Arbeitsverrichtung und zu Behinderungen in den Betriebsabläufen führen und damit zu höheren indirekten Lohnkosten als bei gesunden, zu 80% beschäftigten Hilfsarbeitern führen. Diesen höheren Kosten muss ein betriebswirtschaftlich-ökonomischer Arbeitgeber dadurch Rechnung tragen, dass er dem Beschwerdeführer einen unterdurchschnittlichen Lohn ausrichtet. Der Beschwerdeführer kann also trotz eines Beschäftigungsgrades von 80% nicht 80% des Zentralwerts der Hilfsarbeiterlöhne erzielen. Geht man von einem *ökonomischen* Invaliditätsbegriff aus bzw. will man einen Soziallohnanteil ausscheiden, ist bei der Ermittlung des Ausgangswerts des Invalideneinkommens also eine Korrektur des Zentralwertes vorzunehmen: Praxisgemäss erscheint ein Tabellenlohnabzug von 10% als angemessen. Das Invalideneinkommen beträgt somit Fr. 48'098.-- (Fr. 66'803.-- x 0.8 x 0.9). Bei einem Valideneinkommen von Fr. 66'803.-- und einem Invalideneinkommen von Fr. 48'098.-- beträgt der Invaliditätsgrad 28%. Der Beschwerdeführer hat geltend gemacht, die verbliebene Arbeitsfähigkeit sei aufgrund seines Alters sowie aufgrund seiner "persönlichen und beruflichen Gegebenheiten" nicht mehr nachgefragt und daher nicht verwertbar. Der allgemeine und ausgeglichene Arbeitsmarkt bietet jedoch definitionsgemäss Stellen für Hilfsarbeiter jeden Alters. Inwiefern aufgrund der "persönlichen und beruflichen Gegebenheiten" keine Verwertbarkeit vorliegen soll, hat der Beschwerdeführer nur am Rande weiter ausgeführt, indem er seine bescheidenen Deutschkenntnisse erwähnt hat. Sofern er damit also seine fehlenden Sprachkenntnisse oder seine langjährige Nichterwerbstätigkeit meint, ist festzuhalten, dass dies Faktoren sind, die zwar auf dem tatsächlichen Arbeitsmarkt Hinderungsgründe sein können, um eine Arbeitsstelle zu finden. Auf dem allgemeinen und ausgeglichenen Arbeitsmarkt gibt es jedoch auch für Personen, die nicht fließend Deutsch sprechen und die bereits seit längerer Zeit nicht mehr erwerbstätig gewesen sind, einen Arbeitsplatz. Invalidenversicherungsrechtlich sind diese Faktoren – zur Vermeidung einer Vermengung von Invalidität und Arbeitslosigkeit – daher nicht massgebend. Der Beschwerdeführer hat des Weiteren angeführt, dass auf dem Arbeitsmarkt keine Stelle existiere, welche die von der Beschwerdegegnerin vorgesehenen Adaptionskriterien erfülle. Die Beschwerdegegnerin hat zu Recht festgehalten (IV-act. 182, act. G 4), eine solche Tätigkeit bestehe etwa in leichteren Maschinenbedienungs-, Kontroll-, Sortier-, Prüf- sowie Verpackungsarbeiten sowie leichteren Arbeiten bei der Lager- und Ersatzteilbewirtschaftung, beispielsweise in der Textil-, Lebensmittel- oder der Pharmaindustrie. Solche Arbeiten können abwechslungsweise sitzend und stehend ausgeführt werden; so kann etwa nach einem Kontrollgang sitzend auf den nächsten Kontrollgang gewartet werden. Die verbliebene Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers ist auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt also



verwertbar. Für die Zeit vom 1. Dezember 2016 bis zum 27. August 2017 besteht somit kein Anspruch auf eine Invalidenrente.

**4.3.** Vom 28. August 2017 bis zum 12. Dezember 2017 ist der Beschwerdeführer vollständig arbeitsunfähig gewesen. Zu prüfen ist, ob er für diesen Zeitraum Anspruch auf eine Invalidenrente hat.

**4.3.1.** Das Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen hat im Jahr 2019 gesamtgerichtlich in Anwendung von Art. 54 des Gerichtsgesetzes (sGS 941.1) eine neue Praxis geschaffen, wonach Versicherte, die während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens zu 40% arbeitsunfähig gewesen sind und die nach Ablauf dieses Jahres weiterhin zu mindestens 40% arbeitsunfähig sind, grundsätzlich Anspruch auf eine Rente haben, obwohl zumutbare Eingliederungsmassnahmen, welche ihre Arbeitsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, wiederherstellen erhalten oder verbessern können, nicht abgeschlossen sind. Es hat damit aus Art. 28 Abs. 1 lit. b und c IVG abgeleitet, dass mit dem Ablauf des Wartejahres (vgl. Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG) in jedem Fall sofort ein Rentenanspruch entstehen muss, wenn eine versicherte Person weiterhin zu mindestens 40% arbeitsunfähig ist, auch wenn die Invaliditätsdefinition gemäss Art. 8 Abs. 1 ATSG, auf welche Art. 28 Abs. 1 lit. c IVG ausdrücklich verweist, noch nicht erfüllt ist, weil noch eine medizinische Eingliederungsmassnahme läuft oder weil die Sachverhaltsabklärung (im Hinblick auf eine Eingliederung oder aber auch im Hinblick auf eine Invalidenrente) noch nicht abgeschlossen ist. Eine Invalidität liegt gemäss Art. 8 Abs. 1 ATSG bei einer voraussichtlich bleibenden oder längeren Zeit dauernden ganzen oder teilweisen Erwerbsunfähigkeit vor. Erwerbsunfähigkeit ist gemäss Art. 7 Abs. 1 ATSG der durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichen Arbeitsmarkt. Der in Art. 28 Abs. 1 IVG (i.V.m. Art. 8 Abs. 1 ATSG) verwendete Begriff der Invalidität definiert also, rein versicherungstechnisch betrachtet, einen versicherten "Schaden", der die Erfüllung einer "Schadenminderungspflicht" bedingt, bevor ein Anspruch auf Versicherungsleistungen entstehen kann. Diese "Schadenminderungspflicht" besteht in der möglichen und zumutbaren medizinischen Behandlung zur möglichst weitgehenden Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit und/oder der möglichen und zumutbaren beruflichen Eingliederung zur Überwindung der aus der (allenfalls) verbleibenden Arbeitsunfähigkeit resultierenden Einbusse an Erwerbsmöglichkeiten. Bei der Anwendung der Definition der Invalidität gemäss Art. 8 Abs. 1 ATSG in der



obligatorischen Unfallversicherung (UV) und der Militärversicherung (MV) erfolgt eine klare Abgrenzung zwischen der Invalidenrentenberechtigung und der Taggeldberechtigung. Der taggeldspezifische versicherte "Schaden" ist die Arbeitsunfähigkeit im Sinne von Art. 6 ATSG, der rentenspezifische "Schaden" besteht in der Invalidität i.S. von Art. 8 Abs. 1 ATSG. (Die Übergangsrente gemäss Art. 19 Abs. 3 UVG i.V.m. Art. 30 UVV ist keine "echte" Invalidenrente, denn ihr liegt als "Schaden" keine Invalidität im Sinne von Art. 8 Abs. 1 ATSG, sondern eine Arbeitsunfähigkeit gemäss Art. 6 ATSG zugrunde; ihrem Wesen nach ist die Übergangsrente also eine Sonderform des Taggeldes.) Solange eine medizinische Eingliederung läuft und solange sich die versicherte Person einer (bei unfallversicherten Personen i.d.R. durch die Invalidenversicherung erbrachten) beruflichen Eingliederung unterzieht, hat diese versicherte Person entsprechend ihrer Arbeitsunfähigkeit einen Anspruch auf ein UV-Taggeld. Erst wenn die medizinische oder die berufliche Eingliederung abgeschlossen ist, ist die Definition der Invalidität gemäss Art. 8 Abs. 1 ATSG erfüllt, so dass ein Anspruch auf eine Invalidenrente der UV oder der MV entstehen kann. Bei der Anwendung von Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG kann das sogenannte Wartejahr also – der Definition der Invalidität in Art. 8 Abs. 1 ATSG entsprechend – nicht den Zweck haben, dass mit der Erfüllung dieses Wartejahres immer sofort ein Invalidenrentenanspruch entstehen müsste. Ein Invalidenrentenanspruch entsteht nur dann mit dem Ablauf des Wartejahres, wenn zum Vornherein keine medizinische und/oder berufliche Eingliederung möglich ist, wenn die medizinische und/oder berufliche Eingliederung im Laufe des Wartejahres hat abgeschlossen werden können oder wenn sich bei mehr als ein Jahr dauernden medizinischen und/oder beruflichen Massnahmen schliesslich (ex post) zeigt, dass der Versuch der Eingliederung zum Vornherein objektiv zum Scheitern verurteilt war. Die Abteilung II des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen hat früher daraus abgeleitet, dass ein Invalidenrentenanspruch in der Invalidenversicherung – analog zur Rechtslage in der Unfallversicherung und der Militärversicherung – immer erst dann entstehen könne, wenn mit dem Abschluss der eingliederungsrelevanten medizinischen Behandlung (und einer allfälligen beruflichen Eingliederung) eine Invalidität gemäss Art. 8 Abs. 1 ATSG verbleibe. Das kann erfahrungsgemäss im Extremfall mehrere Jahre über die Erfüllung des Wartejahres hinaus dauern. Da die Invalidenversicherung, anders als die Unfallversicherung oder die Militärversicherung, kein Taggeld kennt, das während des sogenannten Wartejahres und darüber hinaus auf der Grundlage einer Arbeitsunfähigkeit gemäss Art. 6 ATSG ausgerichtet würde, würde es in jenen Fällen, in denen kein UV- oder MV-Taggeld ausgerichtet wird, zu einer Leistungslücke kommen, so dass der Existenzbedarf der betroffenen versicherten Person in dieser Phase nicht gedeckt wäre. Wohl um eine



solche Leistungslücke zu vermeiden, hat das Gesamtgericht die einleitend dargestellte Praxis geschaffen (vgl. dazu auch den rechtskräftigen Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 23. September 2019, IV 2016/328, E. 2.2). Diese Praxis ist nun aber nicht so eng zu interpretieren, dass ein Anspruch auf eine Invalidenrente aufgrund einer Arbeitsunfähigkeit (und nicht aufgrund einer Invalidität im Sinne von Art. 8 Abs. 1 ATSG) nur entstehen kann, wenn die Arbeitsunfähigkeit unmittelbar im Anschluss an das Wartejahr mindestens 40% beträgt. Bei richtiger Interpretation entsteht ein Rentenanspruch vielmehr auch dann, wenn eine versicherte Person zu einem späteren Zeitpunkt nach Ablauf des Wartejahrs zu mindestens 40% arbeitsunfähig ist, denn die Qualität des "Schadens", die aufgrund der Arbeitsunfähigkeit fehlende oder eingeschränkte Möglichkeit, ein existenzsicherndes Einkommen zu erzielen, ist dieselbe. Zu klären bleibt, ob bei einem solchen Anspruch auf eine Invalidenrente und damit bei einer sinngemässen Anwendung von Art. 28 Abs. 2 IVG die Arbeitsunfähigkeit am bisherigen Arbeitsplatz oder die Arbeitsunfähigkeit an einem der Gesundheitsbeeinträchtigung bestmöglich angepassten Arbeitsplatz, also in einer adaptierten Tätigkeit, massgebend ist. Hätte der Rentenanspruch in der Zeit vor und während der medizinischen Eingliederung den Zweck, direkt an die Stelle eines vom IVG nicht vorgesehenen Taggeldes zu treten, müsste die Antwort auf diese Frage lauten: Massgebend ist die Arbeitsunfähigkeit am bisherigen Arbeitsplatz. Eine versicherte Person, die an ihrem bisherigen Arbeitsplatz zu 100% arbeitsunfähig wäre, hätte also einen Anspruch auf eine ganze Rente, selbst wenn sie an einem ihrer Gesundheitsbeeinträchtigung angepassten Arbeitsplatz zu 100% arbeitsfähig wäre. Damit wäre zwar dem (taggeldspezifischen) Zweck, den direkten Erwerbsausfall zu decken und damit die Leistungslücke in der Zeit vor und während der medizinischen Eingliederung zu füllen, Rechnung getragen. Aber diese Interpretation liesse sich nicht mit dem in Art. 7 Abs. 1 IVG kodifizierten Konzept der Schadenminderungspflicht in Übereinstimmung bringen. Wenn eine an ihrem bisherigen Arbeitsplatz zu 100% arbeitsunfähige versicherte Person objektiv in der Lage ist, an einem der Gesundheitsbeeinträchtigung angepassten Arbeitsplatz ein Erwerbseinkommen zu erzielen, kann dieses Erwerbseinkommen bei der Festsetzung der die Leistungslücke in der Zeit vor und während der medizinischen Eingliederung deckenden Rente nicht ignoriert werden. Die oben gestellte Frage kann aber auch nicht damit beantwortet werden, dass in sinngemässer Anwendung von Art. 28 Abs. 2 IVG auf die Arbeitsunfähigkeit in einem der Gesundheitsbeeinträchtigung bestmöglich angepassten Arbeitsplatz abzustellen sei, dass also der Arbeitsunfähigkeitsgrad in einer adaptierten Tätigkeit dem "Invaliditätsgrad" entspreche. Das lässt sich anhand eines Beispiels zeigen: Hätte die versicherte Person am bisherigen Arbeitsplatz vor



dem Eintritt der Gesundheitsbeeinträchtigung jährlich Fr. 100'000.-- verdient und könnte sie an einem der Gesundheitsbeeinträchtigung angepassten Arbeitsplatz bei einem Arbeitsunfähigkeitsgrad von 0% nur Fr. 60'000.-- jährlich verdienen, bestünde mangels einer Arbeitsunfähigkeit kein Anspruch auf eine Invalidenrente, obwohl sich der durch die Gesundheitsbeeinträchtigung verursachte Verlust an Erwerbseinkommen auf Fr. 40'000.-- jährlich belaufen würde. Damit wäre der Zweck des Rentenanspruchs in der Zeit vor und während der medizinischen Eingliederung, nämlich die Deckung eines durch die Gesundheitsbeeinträchtigung bewirkten (teilweisen) Fehlens eines Erwerbseinkommens, nicht erfüllt. Bei der sinngemässen Anwendung von Art. 28 Abs. 2 IVG ist somit weder auf die Arbeitsunfähigkeit am bisherigen Arbeitsplatz noch auf die Arbeitsunfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit abzustellen. Dies bedeutet, dass der Grad des in der Zeit vor und während der medizinischen Eingliederung einen Rentenanspruch begründenden Arbeitsunfähigkeitsgrades durch eine sinngemässe Anwendung von Art. 16 ATSG, also durch einen Einkommensvergleich zu ermitteln ist. Dabei ist als Valideneinkommen das am bisherigen Arbeitsplatz erzielbare Einkommen und als Invalideneinkommen das an einem der Gesundheitsbeeinträchtigung angepassten Arbeitsplatz erzielbare Einkommen zu berücksichtigen. Bestehen die Validen- und die Invalidenkarriere in einer Tätigkeit als Hilfsarbeiter und ist das am bisherigen Arbeitsplatz erzielbare Einkommen tiefer als ein durchschnittlicher Hilfsarbeiterlohn, ist allerdings letzterer als Valideneinkommen einzusetzen, denn es ist davon auszugehen, dass die versicherte Person, wenn sich ihr die Möglichkeit geboten hätte, eine besser bezahlte Stelle angenommen hätte, bei der sie einen durchschnittlichen Hilfsarbeiterlohn hätte erzielen können.

**4.3.2.** Somit ist aufgrund eines Einkommensvergleichs zu ermitteln, ob der Beschwerdeführer für den Zeitraum vom 28. August 2017 bis zum 12. Dezember 2017 einen Anspruch auf eine Invalidenrente hat, obwohl er sich in diesem Zeitraum in der medizinischen Eingliederung nach der Operation an der rechten Schulter befunden hat. Für den Einkommensvergleich kann auf die Ausführungen in E. 4.2 verwiesen werden: Sowohl das Validen- als auch das Invalideneinkommen entsprechen dem statistischem Zentralwert des Einkommens für einen Hilfsarbeiter gemäss der Lohnstrukturerhebung des Bundesamts für Statistik. Dieser hat im Jahr 2017 Fr. 67'102.-- betragen (vgl. Anhang 2 der IV-Ausgabe der Informationsstelle AHV/IV, Ausgabe 2019). Entsprechend der vollständigen Arbeitsunfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit ist das Invalideneinkommen auf Fr. 0.-- zu reduzieren. Der "Invaliditätsgrad" beträgt damit 100%. Der Beschwerdeführer hat somit ab dem 1. August 2017 (vgl. Art. 29 Abs. 3 IVG) Anspruch auf eine ganze Invalidenrente. Ab dem 13. Dezember 2017 ist der



Beschwerdeführer in adaptierten Tätigkeiten wieder zu 80% arbeitsfähig gewesen. Die Beschwerdegegnerin wird dementsprechend über die revisionsweise Einstellung dieser ganzen Rente noch zu verfügen haben.

**4.4.** Zusammenfassend ist festzuhalten, dass der Beschwerdeführer für den Zeitraum vom Zeitpunkt des potentiellen Rentenbeginns am 1. Dezember 2016 bis zum 27. August 2017 bei einem Invaliditätsgrad von 28% keinen Anspruch auf eine Invalidenrente hat. Ab dem 28. August 2017 (bis zum 12. Dezember 2017) beträgt der "Invaliditätsgrad" 100%. Damit hat der Beschwerdeführer ab dem 1. August 2017 einen Anspruch auf eine ganze Invalidenrente.

**4.5.** In teilweiser Gutheissung der Beschwerde ist die angefochtene Verfügung vom 12. Februar 2018 aufzuheben und dem Beschwerdeführer ist mit Wirkung vom 1. August 2017 eine ganze Invalidenrente zuzusprechen. Die Sache ist zur Festsetzung und Ausrichtung des Rentenbetrags an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Für die Zeit vom 1. Dezember 2016 bis zum 31. Juli 2017 besteht kein Anspruch auf eine Invalidenrente.

## 5.

**5.1.** Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt (Art. 69 Abs. 1<sup>bis</sup> IVG). Eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- erweist sich als angemessen. Dem Ausgang des Verfahrens entsprechend ist diese Gebühr vollumfänglich der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. Der geleistete Kostenvorschuss in gleicher Höhe ist dem Beschwerdeführer zurückzuerstatten.

**5.2.** Gemäss Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende beschwerdeführende Partei Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Die Parteientschädigung wird vom Versicherungsgericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen. In der Verwaltungsrechtspflege beträgt das Honorar vor Versicherungsgericht nach Art. 22 Abs. 1 lit. b der Honorarordnung (sGS 963.75) pauschal Fr. 1'500.-- bis Fr. 15'000.--. Der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers hat keine Honorarnote eingereicht. In durchschnittlich aufwändigen Beschwerdeverfahren betreffend einen Rentenanspruch wird praxisgemäss eine pauschale Parteientschädigung von Fr. 3'500.-- zugesprochen. Da es sich bei diesem Beschwerdeverfahren um ein durchschnittlich aufwändiges handelt, hat die Beschwerdegegnerin den Beschwerdeführer also mit Fr. 3'500.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu entschädigen.

## Entscheid



im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

### **1.**

In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die Verfügung vom 12. Februar 2018 aufgehoben und dem Beschwerdeführer wird ab dem 1. August 2017 eine ganze Invalidenrente zugesprochen; die Sache wird zur Festsetzung und Ausrichtung des Rentenbetrags an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen; für die Zeit vom 1. Dezember 2016 bis zum 31. Juli 2017 wird die Beschwerde abgewiesen.

### **2.**

Die Beschwerdegegnerin hat die Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- zu bezahlen; der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- wird dem Beschwerdeführer zurückerstattet.

### **3.**

Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung von Fr. 3'500.-- zu bezahlen.